FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966 N°

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

595

(Diplôme d'Etat)

par

Paul Achille Arthur Joseph Marie GAUTHIER
né le 11/11/1929 à CHALON-sur-SAONE (S§L)

Présentée et soutenue publiquement le

LA POLIOMYELITE DE LA MERE ET DE L'ENFANT DANS LES DIX PREMIERS JOURS DES SUITES DE COUCHES

Président : Monsieur F. LEPAGE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966 N°

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

Paul Achille Arthur Joseph Marie GAUTHIER
né le 11/11/1929 à CHALON-sur-SAONE (S$L)

Présentée et soutenue publiquement le

LA POLIOMYELITE DE LA MERE ET DE L'ENFANT DANS LES DIX PREMIERS JOURS DES SUITES DE COUCHES

Président : Monsieur F. LEPAGE, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

1/1/66

PROFESSEURS HONORAIRES :

Mm. Alajouanine (T.), Aubin (A), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P); Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piedelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Sénèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie Médicale	JAYLE (M-F)
--	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MAIMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
---	DOGNON (A.)
---	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasytologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
--	KUSS (R.)
--	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expiramentale comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie Médicale	LAROCHE (Cl.)
--	BRICAIRE (H.)
--	PEQUIGNOT (H.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544316_0002

Pathologie respiratoire . . . . . TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales . . . . . N...
Pharmacologie . . . . . CHEYMOL (J.)
-- . . . . . LEVY (Mlle j.)
Physiologie . . . . . BARGETON (D.)
-- . . . . . PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales . . . . . LEPAGE (F.)
Radiologie médicale . . . . . DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale CAUCHOIS (J.)
Thérapeutique . . . . . CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée . . . . . LAMOTTE (M.)

B) Professeurs à titre personnel :
Anatomie anthropologique . . . . . OLIVIER (G.)
Anatomie patholigique. . . . . NEZELOF (Ch.)
Bactériologique . . . . . BARBIER (P.)
Biochimie médicale. . . . . (DESGREPS (P.)
)DREYFUS (J.Cl.)
Biologie médicale . . . . . BOURLIERE (F.)
Histologie . . . . . COUJARD (R.)
Parasitologie . . . . . LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale. . . . . (LOEPER (J.)
(RICHET (G.)
Phisiologie . . . . . (DEJOURS (P.)
(ROUCAYROL (J.Cl)
(SCHERRER (J.)
Physique médicale . . . . . (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(TUBIANA (M.)
Radiologie médicale . . . . . FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES
a) Professeurs titulaires : MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necher) . . REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) . . . . . SOULIE (P.)
-- -- (Boucicaut) . . . . . LENEGRE (J.)
Clinique chirurgicale (Beaujon. . . . . LORTAT-JACOB (J.L.
(-- . . . . . N...
(Cochin . . . . . LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu . . . PATEL (J.)
(Saint-Antoine. . GOSSET (J.)
(Salpêtrière. . . SICARD (A.)
(Tenon . . . . . OLIVIER (Cl.)
Clinique chirur. Orthop. Trauma. (Cochin) . . . . MERLE d'AUBIGNE R.
-- -- -- -- (Foch) . . . . . PADOVANI (P.)
Clinique chirur. Infan. Orthop. (Enfants-Malades) FEVRE (M.)
Clinique dhir. Cardio-vasculaire (Broussais). . . DUBOST (Ch.)
Clinique de Chir. Pleuro-pulmonaire (Laennec) . . MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) . . . . . DUPPERAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié) . . . . . DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades): LAMY (M.)

		MM.
Séméiologie médicale	(A. Chantin)	DOMART (A.)
-- --	(Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
-- --	(Pitié)	RAMBERT (P.)
-- --	(Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	(Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	(ANDRE (R.) (BOUSSER (H.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	(AZERAD (E.) (BOUR (H.) (CABROL (Ch.) (GROSSIORD (A.) (LAMBLING (A.) (LAUNAY (Cl.) (PAYET (M.) (PERRAULT (M.) (SIGUIER (F.) (WORSM (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (J.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-pharyngite	MADURO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.) (ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.) (MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique	GOUYOU Ch.	Hématologie	BILSKI-PASQUI
Anesthésiologie	VOURG'H G.	Maladie infec.	DUPONT
Bactériologie	CHRISTOL D.	Physique médi.	(COURSAGET (GREMY
Biochimie médicale	(CARTIER (P.) (GONNARD P.	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN L.	Stomatologie	CHAPUT Mme
		Thérapeutique	CHASSAGNE P.

III PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

	MM.
Bactériologie	HAUDUROY P. Pr.s.ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER J. Pr.s.ch.

... / ...

IV PROFESSEUR ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologie . . . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.)
	M. FAYE (R.)
Conservateur en chef de la bibliotèque	
Conservateur du Musée d'histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs.	Mlles DUMAITRE (P.)
	LAURENT (H.)
	LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.)
	FORGET (F.)
	Melles DUROZOY (M.F/
	ROBERGE (D.)
	Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma chère épouse

dont l'aide m'a été
si précieuse en ce travail.

A la mémoire de mon grand-père
Le Docteur Arthur Gauthier

A ma grand-mère

A mon père, le Docteur Paul Gauthier
Suivre son exemple sera le témoignage
de mon admiration filiale.

A ma mère

A mes soeurs

A Jacques Milloux

A tous ceux qui m'ont reçu et qui m'ont entouré
de leur affection au cours de mes études.

A la mémoire du Docteur Charles Chataignon
Sa clarté ramenait tous les problèmes
à l'essentiel.

A Madame Chataignon

A Claude et Françoise Chataignon
Pour de longues années d'amitié,
passées et futures

A Jacques et Geneviève Fahrat

Toujours présents dans
la délicatesse de leur amitié.

A notre Maître,

Monsieur le professeur F. MEPAGE

Professeur de la Chaire de Physiologie
et de Pathologie obstétricales à la
Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous inspirer cette thèse
et nous faire le très grand honneur
de la présider.

Qu'il soit remercié de tout ce qu'il a fait
pour nous et, en particulier, de noùs avoir
accueilli dans son service où nous avons
bénéficié de la richesse de son enseignement.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde et respectueuse affection.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé J. THOYER-ROZAT

Qu'il veuille accepter notre très profonde et affectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a dispensé, pour la confiance et les responsabilités dont il nous a honoré et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur M. LACOMME

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a accueilli dans son service
et nous a initié à l'obstétrique

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé L. HERVET

Gynécologue-Accoucheur des Hopitaux de Paris

Qui a bien voulu nous accueillir
dans son service.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude
pour l'enseignement qu'il nous a dispensé.

A Monsieur le Professeur P. HOLLARET

Professeur de la clinique des maladies infectieuses.
Chef de service à l'Institut Pasteur.

En témoignage de gratitude pour l'aide bienveillante qu'il nous a apporté dans ce travail.

A Monsieur le Docteur TORRE

Chef du service d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital communal de Neuilly

Qui a bien voulu nous accueillir dans son service et nous aider en ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. LENAU

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

En témoignage de notre reconnaissance
et de notre gratitude pour les conseils
qu'il nous a prodigué et la bienveillance
qu'il nous a témoigné.

A Monsieur le Professeur Agrégé Cl. SURBAU

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Son aide bienveillante et ses conseils
nous ont été précieux.
Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance.

Au Docteur J. DAFFOS

En témoignage de gratitude
pour son aide et ses conseils.

Au Docteur [illegible]

En témoignage d'affectueuse reconnaissance
pour son amitié discrète et active.

Au Docteur BOLSWELLAND

Dont les conseils nous ont été
si utiles pour ce travail,
qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux.

INTRODUCTION

A propos d'un cas de poliomyelite maternelle isolé dans le post partum, de trois cas nouveaux chez la mère et l'enfant, et de quatre cas semblables relevés dans la littérature :

- Cas N°1 de Mouton-Smillie (40)
- Cas N°1 d'Abramson-Greenberg (1)
- Cas N°2 de Baskin (7)
- Cas rapporté par Biermann-Piszczeck (9)

Nous nous proposons d'étudier la fréquence, les aspects, les facteurs favorisants de la maladie chez la mère et l'enfant ainsi que la trasmission du virus au cours du post partum immediat.

La rareté de cette affection que les vaccins font disparaitre, et le petit nombre de cas étudiés complètement, ne nous ont pas permis de rassembler plus de documents.

Il faut ajouter qu'accoucheurs et pédiâtres s'unissent rarement pour rapporter ces observations, les premiers les confondant avec les poliomyelites du troisième trimestre de la grossesse, et les autres avec celles survenues de 0 à 6 mois.

Ainsi parmi les trois cas nouveaux concernant la mère et l'enfant, seule, l'observation de l'enfant P... Michel avait été publiée dans la thèse de Madame SOUIL. Nous la reprenons en y ajoutant l'observation de la mère.

Observation N° I

(Maternité Pinard Obs. N°1779 de 1960)

Mme .... Anne Marie, 20 ans, agent hospitalier.

C'est une primipare, primigeste, sans antécédents notables :

- B.C.G. en 1958.
- Oreillons.
- Réglée à 15 ans, tous les 28/36 jours, pendant 6 jours.
- B^{t} négatif.
- Groupe A Rh positif.
- Père, Mère, 2 collatéraux sont bien portants
- Quant au mari, 23 ans, il parait en bonne santé.

Histoire de la gestation

Les dernières règles datent du 24/30 novembre 1959. La première consultation n'a lieu à la Maternité Pinard, qu'après l'échec de 2 traitements : l'un au Lutogynoestryl (2 comp./j., pendant 6 j.) l'autre, au proluton-oestradiol (2 injections I.M. les 4 et 5 février)

A l'examen : uterus paraissant gravide le 9 février . Grossesse confirmée le 16 Mars.

A l'exception d'un épisode grippal avec T° 38 traité en ville par la Tifomycine (déc. 59) et d'une leucorrhée à staphylocoques, traitée, la grossesse s'est déroulée normalement.

Accouchement

A terme, le 4 septembre 1960 ; Elle entre dans le service (22h 45), 6 heures après le début du travail. L'examen obstétrical montre :

H.U. : 32 cm. Tête en bas, dos à gauche. Bruits du coeur +. Col effacé, dilaté à 2-3 cm, souple. Tête fixée. Membranes intactes. Périnée resistant. Bassin normal. Contractions toutes les 4' pendant 35''.

1 h.

B.D.C. 135

Contractions : 4' pendant 45" régulières.

Col à 9 cm. souple. Tête en O.I.G.A.

Rupture artificielle des membranes ; liquide clair.

2 h. 30

Dilatation complète

Tête engagée en occipito-pubienne.

Contractions régulières 4' pendant 35"

B.D.C. 120 réguliers.

Spartéine 0,05 g, Coramine.

3 h.

Accouchement d'un garçon vivant, criant aussitôt, pesant 3 660 g. Désobstruction..

3 h. 25

Délivrance naturelle complète, pesant 450 g.

Nombreux points infarcis.

Au total

Durée de la dilatation : 10 h. 30

et de l'expulsion : 30 minutes.

Suites de couches

Elles sont normales jusqu'au 8 Septembre (5ème jour), où apparaît une température à 37°4, puis 37°9 le lendemain. On prescrit alors du gynergène.

La température redescend à 36°8 le 12 ; mais remonte à 37°6 le lendemain, pour atteindre 39° le 14 (9ème jour), où le syndrôme infectieux fébrile est fait de :

T° 39° le matin

- 38°4 le soir

Pouls : 115

Angine rouge, céphalée, sueurs nocturnes, vasodilatation du visage.

Pas de nausées

Pas de myalgies, ni de rachialgies

Pas de rétention d'urines

Pas de signes de phlébite.

L'examen cyto-bacteriologique des urines montre :

- des leucocytes isolés,
- de nombreux cocci Gram + : staphylocoques (culture).

Terramycine : 2 g, glace.

Le 15/9

T° 37°5 le matin, 39°5 le soir. Pouls 120.

Le 16/9

T° 36°6 le matin, 38°2 le soir. Pouls 102. Mais le soir, la malade se plaint d'avoir la jambe droite engourdie.

Le 17/9

Paralysie du membre inférieur droit (13ème J.) du post-partum ; 9 J. après le début des signes).

A l'examen (Dr BOHSWILLWALD) :

- Paralysie flasque de la cuisse droite. Mouvements actifs impossibles : extension, flexion, abduction et adduction de la cuisse sur le bassin impossibles aussi au niveau de la jambe. Par contre, intégrité des muscles des loges antéro-externe et postérieure de la jambe.

- Réflexes rotulien, achilléen, sont abolis à droite. Le cutané plantaire est en flexion.

- Sensibilités superficielle et profonde, objective et subjective sont normales.

- Le membre opposé, les muscles du dos, de l'abdomen, du thorax, et les membres supérieurs sont normaux.

- La respiration est normale.
- On trouve en outre:
  - Une angine rouge :
  - Pas de raideur de la nuque.
  - Pas de céphalée :
  - T° 38°2. Pouls 110.

Sur l'angine rouge, les troubles vaso-moteurs, la température, la paralysie flasque au 3ème jour, atteignant la racine du membre inférieur droit, on pense à une poliomyelite, et la malade est transférée à Claude-Bernard.

Du sang est prélevé à la mère et à l'enfant, pour recherches virologiques (Lab. Dr Lelong).

Suite de l'observation de la mère (Cl. Bernard, numéro 2 177) le 17/9/60.

Température à 38° 7.

Raideur de la nuque.

Atteinte globale du membre inférieur droit.

- Discrète du quadriceps gauche.

Paralysie dorso-lombaire avec conservation du reflexe cutanéo-abdominal.

Rétention d'urine.

Tout le reste de l'examen est normal.

Le 18/9

Numération globulaires :

- G.R. = 4 220 000
- G.B. = 6 200 dont 50% poly-neutro.

Le 3/10/60

Bon état général.

- Importante atteinte du psoas, adducteurs quadriceps, droits.

- Discrete atteinte à gauche : possibilité de soulever la jambe.

- Les membres supérieurs sont normaux.

- La température est normale depuis le 30/9

- La rééducation est commencée depuis le 29/3

- Le traitement a consisté en :

G 812 3/J. pendant 8 jours.

Tifomycine : 1 g/j.

Vitamines B1 - B12

La malade est peu après transférée à Garches pour la rééducation.

EXAMEN DE L'ENFANT (Dr Boeswillwald)

Le 17/9

L'examen de l'enfant est normal.

- Bon aspect. Bon cri. Bon tonus.

- Reflexes :

moro +, grasping +

Extension +, Flexion +

- Les réflexes rotuliens et achilléens ne sont pas retrouvés.

- Pas d'hypotonie des membres.

- Gorge, coeur, poumons normaux.

- La fontanelle : Normale.
- Prise de sang 10 cc.
- L'enfant a été sevré le 1 1/9
- Isolement.

Le 20/9

Bon aspect, Moro +. Grasping +. Marche C.

Extension, flexion, normales.

Bonne tonicité des 4 membres.

Reflexes normaux.

Gorge à peine rouge.

Prélèvement de gorge et de selles.

Le 21/9

Chute pondérale de 90 g. T° 36° 6.

Enfant fatigué.

Reflexes normaux.

Le 22/9

Enfant grognon, teint rouge cyanique ; Agité vomit facilement.

Reflexes archaïques et tendineux normaux.

Pas de raideur de la nuque. Fontanelle non tendue.

En résumé :

Impression d'une infection générale mineure sans signes de localisation. Infection virale générale ?

Le 23/9

Selles décolorées, mal liées, fétides.

Coproculture.

Lait elonac et pélargon.

Colimycine 150 000 u./j.

A partir de ce moment, reprise de poids régulière et le 15/10/60 l'enfant qui pèse 4 250 g est placé à Antony.

Identification du Virus

[illegible]

Virus type I identifié

Le 17/9/60

Fixation du complément Positive.

Type I	I/16
Type II	I/16
Type III	I/16

Le 21/9/60

Sang et selles. Dr Daguet. Hôp. St. Louis.

Type I	I/1 280
Type II	0
Type III	0

[illegible]

Recherches négatives au 3 types

Le 18/9/60 : Fixation du complément I/8

Le 26/9/60 : " " " I/8

Coproculture)
Prélèvement de gorge) Negatifs

Observation N° II

(Hôpital de Niamey et Claude Bernard Obs. N°2446)

Mme .... Jeannine, 20 ans, entre à l'hôpital de Niamey (Niger) le 17/3/1961 pour accoucher.

Antécédents

Dix mois de séjour à Niamey, le premier.

Jamais malade.

A pris de la Nivaquine régulièrement.

Pas d'autres antécédents.

Histoire de la maladie

C'est une primipare, primigeste, de 20 ans, dont les dernières règles datent du 10 mai 1960.

L'accouchement se déroule normalement.

Accouchement (Hôpital de Niamey)

Le 17 Mars 1961

Contractions utérines régulières depuis 6h 30

A 8h 45 : Tête engagée en OIGA

Col dilaté à 5 cm

Poche des eaux intacte

Tons bruits du coeur.

9h 40 : Rupture artificielle de la poche des eaux

Col dilaté à 8 cm

Tête fléchie.

10h. : 2 unités de post hypophyse et spasmolytique

10h 30 : Dilatation complète

10h 50 : Accouchement normal d'un garçon vivant et criant aussitôt, après 4h 20 de travail et petite épisotomie, qui pèse 3050 g.

11h. : Délivrance naturelle complète, pesant 450 g. Réfection de l'épisiotomie : 1 point et 3 agrafes.

Le 17 Mars dans l'après-midi

T° à 39°

La malade signale qu'elle a eu la nuit précédente des alternances de chaud et de froid, avec d'abondantes sueurs. On suspecte le PALUDISME malgré une prophylaxie sérieuse et l'absence d'hématozoaires à un examen fait d'urgence.

La numération-formule sanguine montre :

GR ?

GB : Polyneutro 90% Eosino-baso : 0

Lympho : 8 Mono : 2

Malgré Nivaquine et quinoforme, la température se maintient entre 39° et 37°1, o cillante.

Le 19 Mars 1951

Selle spontanée.

On prescrit TIROLYCINE 2 g. et on demande une Numération sanguine pour le lendemain.

Le 20 Mars 1961

Numération formule sanguine :

G.R. : 2 500 000

G.F. : 6 600 dont :

Poly-neutro	90%
Eosino-baso	0
Lympho	4
Moyens et grands mono	2
Monocytes	2

On prescrit Pénicilline : 2 000 000 u.

Le 21 Mars

On ajoute Bévitine 100, Lactophilus, Glutamate ferreux (3ampoules).

L'examen ne montre qu'un ventre un peu ballonné.

L'utérus est en voie d'involution, à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Le 22 Mars (4è.e jour)

Ablation des fils du périnée qui est très bien cicatrisé.

La malade dont la température oscille comme avant, et qui ne se plaignait que d'une asthénie profonde présente :

Parésie du membre supérieur droit.

Petite dysarthrie

Discrète paralysie faciale gauche.

Ponction lombaire :

87 éléments poly et lympho - Albumine normale

La N.F.S. montre toujours :

G.R. : 3 720 000

G.B. : 15 300 dont 92% de poly-neutro

T.S. = 4' 30"

T.C. = 7'

Uroculture

La malade reçoit 250 g de sang et

500 cc sérum glucosé avec : Terramycine 250 mg. / Novocaïne 7 cc / Vit. B1, B12, C

Le 23 Mars

F.O. : Normaux

En 48h. la dysarthrie disparait, la parésie gauche s'améliore.

Le 24 Mars (6ème jour)

Nouvelle transfusion de 250 g de sang

Arrêt d'allaitement.

Le 25 Mars

Gêne à la déglutition.

Gêne respiratoire au niveau du larynx.

T° 37° 5

Taux de prothrombine : 90%.

Buscopan et soludécadron amèliorent la malade.

On fait aussi une injection de gamma-globulines.

Mais devant ces signes et l'insuffisance des moyens de laboratoire, on décide d'évacuer la mère et l'enfant sur la métropole.

Le diagnostic se pose entre : Lubol, poliomyelite, Rickettsiose.

Le 26 Mars (8ème jour) : Admission à Cl. Bernard.

A l'examen :

Membres chauds,

Pas de myalgies,

Pas de paralysies des membres inférieurs,

Réflexes, sensibilité +

Pas de signe de Lassègue,

La malade s'asseoit seule,

Pas de r. cutanés abdominaux.

Membre supérieur droit :

Normal aux divers étages.

Membre supérieur gauche :

Deltoïde : atteint, abduction impossible.

Triceps : extension impossible

Biceps : atteinte moyenne.

Fléchisseur de la main et du poignet : atteinte moyenne.

Abolition de tous les reflexes.

Tonus très diminué.

Sensibilités normales.

Amyotrophie déjà visible.

Face : Pas d'asymétrie

Yeux : Pas de paralysie ni de diplopie

Bouche : Voile mobile

Cou : Nuque souple, sternaux et trapèzes normaux et égaux.

Muscles spinaux : normaux.

Coeurs et poumons: normaux.

E.P.S. :

G.R. : 3 800 000

G.B. : 10 200 dont 89% de poly-neutro.

En résumé :

Monoplégie gauche atteignant le triceps et surtout le deltoïde, évoquant la poliomyelite de façon certaine et évoluant favorablement.

Le 28 Mars 1961

Chute de la Température.

Le 11 Avril 1961

Sortie de l'hôpital.

Le traitement a consisté en :

Rowanil 4 suppositoires / J.

Nivaquine : 1 cam. / J.

Vitamines B1 B12.

Enfant L... Guy (Cl. Bernard Obs. N°2457)

Accouchement facile le 17 Mars, après 4h 20 de dilatation et 20' d'expulsion aidée par une petite épisiotomie.

Poids de naissance : 3070 g.

Cri immédiat.

L'enfant est mis au sein du 20 au 24, alors que la mère présente depuis le 17 un syndrôme infectieux fébrile et depuis le 22, des paralysies au niveau de la face et du membre supérieur droit.

La chute de poids est normale : 300 g. en trois jours suivie d'une courbe régulièrement ascendante puisque l'enfant pèse 3080 g. le 7ème jour.

La temperature reste à 36° pendant les deux premiers jours.

Le 19 Mars (2ème jour)

Clocher thermique à 38°6 - 37°6 - 38°.

Du 20 au 25 Mars

La temérature se maintient entre 36° et 37° avec pic à 38°4 le 23 Mars (6ème jour).

Le 26 Mars : Evacuation de la Mère et de l'enfant sur la France.

Pendant le voyage en avion vers la Métropole, le pere constate que la voix de l'enfant est moins forte et qu'il se cyanose.

Le même jour, vers 18h., dès son arrivée à Cl. Bernard (Pr. Mollaret), l'enfant est mis sur lit

basculant qui en 10 minutes amèliore la cyanose.

Il restera sur lit basculant jusqu'au 1er Avril d'abord de façon continue, puis espacée, avec oxygeno-thérapie.

Le 27 Mars (10ème jour)

Quadriplégie. L'enfant n'émet plus un son.

N.F.S. :

G.R. : 4 050 000

G.B. : 14 000 dont :

Poly-neutro	:	40
Eosino	:	12
Lympho	:	23
Gd.	:	22
Mono	:	4

Le 28 Mars

Troubles de la déglutition

Pose d'une perfusion.

Le 3 Avril

Début de la réalimentation per os.

La température qui du 27/3 au 1/4 a oscillé entre 36° et 37° monte à 39°.

Radio-thoracique :

Images miliaires dans les deux champs. L'enfant est mis d'abord à la pénicilline, puis à l'Erythromycine.

Malgré cela, il décède le 12 Avril (26 Jours).

Bilan musculaire du 5 Avril.

Quadriplégie en voie de récupération.

Membre supérieur droit :

Deltoïde)
)
Biceps) Paralysés
)
Triceps)

Mobilité de la main et des doigts améliorée

Il y a un grasping.

Membre supérieur gauche :

Atteinte des muscles deltoïde
Biceps
Triceps

La main gauche remue mieux que la droite.

Il y a un grasping.

Membre inférieur droit :

Paralysie incomplète du quadriceps
Moyen fessier
Jumeaux.

On retrouve les reflexes ostéo-tendineux.

Membre inférieur gauche :

Paralysie presque totale.

Très faible réflexe rotulien.

Pas d'achilléen.

Thorax :

Pas de paralysie des intercostaux.

Pas d'asymétrie de l'expension.

Paires craniennes :

Normales.

En résumé :

10 jours après l'apparition d'un syndrôme infectieux fébrile chez sa Mère, un nouveau-né présente une quadriplégie prédominante au membre supérieur droit et au membre inférieur gauche avec troubles de la respiration et de la deglutition, et meurt de complications pulmonaires : atelectasie et infection, seize jours après le début de la maladie, alors qu'il était en phase de récupération.

Identification du virus

Chez la Mère :

Le 12/4/61 :

Fixation du complément : douteuse

Type I I/8

- II I/8

- III 1/8

Echec de la tentative d'isolement d'un virus dans les selles.

Chez l'enfant :

Le 14/4/61 (date du résultat)

Virus isolé des selles : Type I

Observation N° III

(Claude Bernard Obs. N° 1678)

Mme P... Josette est une 3ème pare, 3ème geste, âgée de 28 ans. Elle a deux enfants âgés de 5 ans et 2ans ½, bien portants.

Le 12/10/1959

Accouchement simple, en clinique, qui donne naissance en 5h. ½ à un garçon pesant 3300 g. qui crie aussitôt. Les quatre premiers jours des suites de couches elle présente un syndrôme grippal avec :

- Courbatures.
- Douleurs de la nuque.
- Fièvre.

ce qui ne l'empêche pas de marcher.

Le 17/10 (5ème jour)

Paralysie des membres inférieurs.

Le 20/10 (8ème jour)

Admission à l'hôpital Cl. Bernard (Pr. Mollaret)

Elle présente :

Paralysie globale des membres inférieurs.

Hypotonie.

Etat fébrile.

Du 21 au 25/10

Persistance de la fièvre.

Rétention d'urine qui nécessite des sondages.

N.F.S. :

G.R. : 3 630 000

G.B. : 7 000 dont :

Poly neutro	:	67
Eosino	:	2
Baso	:	1
Lymphocytes	:	16
Gd. Lympho.	:	9
Mononucléaires	:	5

B.M. : Négatif.

Le traîtement consiste en :

Distilbène : 5 mg.

Rifomycine

Vitamines B1 B12

Le 27/10

L.C.R. :

5 éléments /mm3

Albumine : 1,75 g

Sucre : 0,60 g 0/00

Chlorures: 6,85 g

Le 29/10

L.C.R. :

B. . : Négatif.

Benjoin : 1222 - 2221 - 000

Albumine : 0,54

Le 30/10 (18ème jour)

La malade est envoyée à l'hôpital de Garches pour rééducation.

Identification du virus

23/10 (11ème jour)

Sur culture de cellules, on isole un virus type I à partir des selles.

24/10 (12ème jour)

Fixation du complément (Dr Daguet, Hôpital St. Louis)

Type I : Positif I/160

- II : Négatif

- III : Négatif

Enfant P... Michel

Accouchement normal on 3h. 30, le 1?/10/1959.

Le cri a été immédiat. Le poids de naissance était de 3?00 g. Alors que sa mère fait une poliomyélite typique, avec paralysie, depuis le 17/10, il ne présente aucun trouble digestif et tête bien, quand le 21/10 (9ème jour), on remarque :

Un cri plaintif et faible quand on change l'enfant.

23/10 (11ème jour)

Cri faible.

Hypotonie considérable.

Difficultés respiratoires après le biberon, sans fausse route :

Pâleur-cyanose.

Polypnée avec battement des ailes du nez.

L'enfant est hospitalisé le soir-même à l'hôpital Trousseau. Il présente :

Une cyanose péribuccale.

Une fontanelle déprimée.

Une nuque ballante.

Une quadriplégie.

Il n'y a pas de réflexes archaïques
ostéo-tendineux
cutanés abdominaux.

Hypothermie à 35°.

Radioscopie :

Mobilité normale du diaphragme, mais limitée des intercostaux.

Respiration du type abdominal.

Pas d'images pulmonaires ou cardiaques anormales.

Ponction lombaire :

Liquide jaunâtre, non hypertendu.

Pas d'éléments.

Albumine : 1,50 g/l

Sucre : 1,46 g/l

Chlorures : 6,30 g/l

Ionogramme :

Chlore : 3,55 g/l

Sodium : 3,50 g/l

Potassium : 200 mg/l

Protides : 70 g/l

Malgré l'oxygène, l'état de l'enfant paraît s'aggraver dans la soirée :

Importante cyanose péribuccale.

Pauses respiratoires.

Nystagmus intermittent.

L'hypotonie est très importante.

La quadriplégie est identique.

La déglutition reste normale, les mictions aussi.

Le 25/10 (12èmejour)

Transfert dans le service polio à l'hôpital des Enfants-Malades où l'on note :

Hypotonie des quatre membres.

Absence de mobilité spontanée.

Paroi abdominale flasque.

Petite poussée diaphragmatique, mais atteinte des intercostaux.

Sous oxygène, l'enfant se recolore et ouvre les yeux. Mais l'évolution est rapidement fatale : la mort survient le 26/10/59, quatorze jours après la naissance.

Autopsie (Dr Bargeton)

- Hémorragie de la base.
- Lésions diffuses de la moelle, du bulbe, du noyau dentelé et du locus niger.
- A partir des prélevements du tronc cérébral et de la moelle on isole le virus de la poliomyelite : Type I
- L'isolement est négatif à partir du cerveau et des muscles.
- La culture faite sur cellules de reins de singe cynomolgus est positive au type I.

Donc, il s'agit d'une poliomyelite néo-natale dont les premiers signes sont apparus au 9ème jour, la mort étant survenue au quatorzième.

La poliomyelite étant apparue chez la mère au cinquième jour de la période néo-natale, il est difficile de situer la date exacte de la contamination.

Observation N°IV

(Hôpital Communal de Neuilly)

Mme B... Marcelle, 26 ans.

Troisième geste. Troisième pare.

Dernières règles 15 - 19 Mars 1959.

Terme prévu 29/12/59

Grossesse simple malgré :

- Vomissements assez importants au début.
- Eruption cutanée de nature non précisée, traîté par Domistan et talc, pendant un mois.
- Métrite du col.

Antécédents généraux.

- Maladies infantiles.
- Primo-infection à 16 ans, post grippale.
- Réglée à 12 ans ½ 28 J./ 4 J.
- Groupe sanguin A

  Rhésus +

Antécédents obstétricaux.

Deux grossesses : 1955 : Fille de 3200 g.

1956 : Garçon de 3300 g.

Normales en tous points.

Enfants bien portants.

Accouchement.

Le 5/12/1959 (terme de 8 1/4 mois).

A l'entrée elle présente :

- H.U. = 40 cm.
- Grossesse géméllaire avec :
  - Une tête dans le fond utérin.
  - Une tête dans le bassin.
- Bruits du coeur sus ombilicaux.
- Col largement perméable aux deux orifices.
- Tête engagée.
- Oedème sus pubien et abdominal.
- Oedème des membres inférieurs.
- La T.A. est à 14,5/10
- Le poids est de 79 Kgs pour 1,51 Mètre.
- Il y a de l'albumine dans les urines.

12h 30 :

Col largement perméable.

Une tête en bas.

On fait 0,20 g de Spartéine.

16h 30 :

Bons bruits du coeur.

Col dilatable à 5 francs - petite paume, mais très postérieur.

Membranes intactes.

Tête en bas.

Contractions espacées.

On fait encore 0,20 g de spartéine.

17h. :

Nouvelle injection de 0,20 g de spartéine.

20h. :

Bons bruits du coeur. (on ne peut dissocier les deux foyers).

Quelques contractions.

Même examen par ailleurs.

22h. :

Même examen.

1h. :

Pas de contractions

Bons bruits du coeur.

Dilatation presque complète.

Poche des eaux intacte qu'on rompt artificiellement.

Liquide clair.

3h. :

Dilatation complète.

Tête en C.I.G.A.

Efforts expulsifs.

3h. 10 :

Dégagement en occipito-pubienne d'une fille de 2 900 g criant aussitôt.

3h 13 :

Reprise des contractions.

Rupture de la deuxième poche des eaux.

liquide clair.

Siège complet qui s'engage aussitôt.

3h. 20 :

Accouchement d'une deuxième fille pesant 2970 g

Dégagement en sacro-transverse.

Manoeuvre de Mauriceau facile.

Cri immédiat.

3h. 40 :

Délivrance naturelle complète pesant 1150 g.

Il y a deux chorions.

deux ammios.

Pas de communications vasculaires.

Nethergin intra veineux systématique.

5h. 20 :

L'accouchée va bien.

T.A. : 14,5/10

En conclusion :

Accouchement prématuré de deux filles jumelles au terme de 8 mois 1/4, par une troisième pare de 26 ans qui présente un syndrôme toxémique.

La durée de la dilatation a été de 15h. 30.

Celle de l'expulsion a été de 0h. 20.

Suites de couches.

Le 6/12/1959

Albumine urinaire : 2 g.

Le 8/12/1959

(deux jours après l'accouchement).

Début d'un syndrôme grippal.

La temperature qui était à 37° depuis deux jours atteint 37°5. Pouls en rapport.

Traîtement : Peni-sulfa CRL nasal.

Le 11/12/59

Température à 38°

Le 12/12/59

Température à 39°.

Sauf un "léger rhume", Examen normal au niveau:

Des seins.

Des fosses lombaires.

De l'utérus et des lochies.

Des membres inférieurs.

On fait Peni-strepto : 2 000 000 - 1g.

13/12/59 :

Température à 39°.

Rhume avec angine rouge.

Poumons normaux.

Même examen par ailleurs.

14/12/59

Chute thermique débutante.

Légère angine rouge sans adénopathies.

Poumons normaux.

Arrêt d'allaitement.

On continue Péni-Sulfa ORL + Bacitracine.

15/12/59

Chute thermique en lysis brutal.

Numération - Formule sanguine :

G.R. : 4 100 000 H.b. : 80 %

G.B. : 18 000 dont :

Poly neutro : 84 %

Eosino : 1 %

Petits lympho : 15 %

Le 16/12/59

Sortie.

La personne refuse tout examen complémentaire concernant la poliomyélite.

Observation de la 1ère Jumelle.

B... Françoise

Née le 6/12/59 au terme de 8 mois 1/4.

Présentation céphalique. Dégagement en occipito-Pubienne

Durée de l'expulsion : Dix minutes.

Cri immédiat.

Poids de naissance : 2 900 g.

Longueur : 47 cm.

Allaitement mixte du 8 au 14/12/59 (6 jours).

7/12/59

Examen normal.

13/12/59 (7ème jour).

Depuis le 8/12/59, sa mère présente un épisode de rhinopharyngé fébrile. Celle-ci, malgré le comportement normal de l'enfant, constate une hypotonie.

15/12/59 (9ème jour).

15h. 15 : Cyanose brutale, spontanée, en dehors de toute alimentation.

Apnée.

Rejet de mousse par la bouche.

Hypotonie très marquée.

Examen :

- Hypotonie très importante.
- Pas de R. de Moro et de marche automatique.
- Crasping faible.
- Strabisme - plafonnement.

- Fontanelles normales.
- Poumons normaux à l'auscultation.
- Coeur dévié à droite.

Traîtement d'urgence :

- Oxygène, Caféine.
- Transfert en médecine.

Examens complèmentaires.

F.O. : Papilles grisâtres à bords mal délimités.
Veines notablement dilatées.
Artères normales.

P.L. N°1 :

- Liquide de teinte rouge.
- 250 000 hématies abimées pour 5 000 G.B.
- D'après la N.F.S. comparative, il y a hyperleucocytose du L.C.R.
- Pas de germes, à l'examen direct.
- Mise en culture.

P.L. N°2 : (le même jour)

- Liquide clair.
- Rares hématies.
- 600 éléments /mm3
- Polynucléaires intacts.
- Cellules méningées.
- Pas de germes.
- Albumine : 0,70 g.

Les cultures sont négatives.

Numération - Formule sanguine.

G.R. : 3 900 000 Hb. : 80 %

G.B. : 12 600 dont :

Poly neutro : 61 %

Pts lympho : 29 %

Gds lympho : 8 %

Mono : 2 %

On prescrit :

- Pénicilline 100 000 unités.
- Strépto 0,10 g.
- Colimycine 150 000 unités.

17/12/59

L'enfant décède subitement dans la nuit au cours d'une crise d'apnée.

Observation de la 2ème jumelle.

B... Veronique

Née le 6/12/59, au terme de 8 mois 1/4.

Présentation du siège.

Tête facilement dégagée par une manoeuvre de Mauriceau.

Durée de l'expulsion : 7 minutes.

Naissance : 10 minutes après celle de la première jumelle.

Cri immédiat.

Poids de naissance : 2 970 g.

Allaitement mixte pendant 7 jours : 3 fois au sein

4 fois artificiel.

Le 15/12/59 (9ème jour)

15h 30 : Comme sa soeur au même moment, l'enfant présente :

- Cyanose au cours de la tétée.
- Tuméfaction hypogastrique.

N.F.S. :

G.R. : 4 850 000 Hb. : 100 %

G.B. : 17 600 dont :

Poly neutro : 80 %

Petits lympho : 14 %

Grands lympho : 5 %

Mono : 1 %

Le 16/12/59

Forte hypotonie remarquée par la mère.

Discrète chute de poids (20 g.).

L'enfant est transférée en Médecine, non sans avoir reçu auparavant :

Pénicilline : 200 000 unités.

Strépt omycine : 0,10 g.

Caféine : 1/4 d'ampoule.

Solurutine + Vit. M1

Il présente à son entrée :

- Aspect hypotonique, fatigué.
- Yeux creux.

- Syndrôme méningé.
- Température 36°7 à 16 heures.

Au cours de la ponction lombaire ; crise de cyanose.

Dans la soirée :

- Syndrôme respiratoire fait d'apnée - cyanose.
- Troubles digestifs.
- Foie et rate un peu augmentés de volume.

L'enfant reçoit en perfusion :

- 250 cc de sérum glucosé.
- 2 000 000 u. pénicilline.
- 10 mg auréomycine.
- 5 mg Hémisuccinate d'hypdrocortisone.

Auxquels on ajoute du sérum salé dans la soirée.

Examens complèmentaires :

F.O. : Papilles grisâtres.

Reflexes cornéens légèrement diminués.

P.L. :

Liquide clair.

190 éléments : 60 % de lymphocytes.
5 % de polynucleaires.
35 % de cellules endothéliales.

Albumine : 0,30 g.

Culture : Négative.

Prélévement de gorge.
Prélévement de sang. } Adressés à l'Institut Pasteur

Le 16/12/59

- Crise de cyanose à 20 heures.
- Apnée à 0 heure, qui nécessite aspiration.

réssuscitation.

Mais l'enfant meurt à 1h. 20 le 17/12/59.

Autopsie : 18/12/59

- Pas d'hémorragie méningée.
- Pas de lésions caractéristiques de méningite.
- Pas de calcification intra crânienne.
- Cerveau hypervascularisé évoquant un processus d'encéphalite. Il est prélevé.
- Poumons : infarcis
- Coeur : normal
- Le reste de l'examen est négatif.

Résultats des prélèvements.

- Pharyngés de 16/12/59 sur culture de cellules :
  - Positif Polio Type I
- Sang : Recherche de Toxoplasme
  - Lyse : Positif au 1/25

Fixation du complèment : Négative.

Le compte rendu histologique concernant le cerveau n'a malheureusement pas été retrouvé.

Observation N° V

(Premier cas de Nouton-Smillie)

Le 5/10/1948

Une primipare accouche à terme normalement d'un "Enfant".

Le 8/10/1948

Poliomyelite de la Mère.

L'enfant est nourri cinq jours au sein, et reste dans la crèche d'origine pendant 10 jours.

La famille est indémne.

Le 15/10 (10ème jour)

Fièvre inexpliquée.

Le 17/10

Faiblesse générale.

Hypotonie du membre supérieur droit.

Anorexie.

Le 19/10 (14ème jour)

Admission au service des contagieux.

Poids : 3 500 g. T° : 37°

L'enfant paraît très atteint, mais pas de détresse.

Examen ORL normal.

Poumons, coeur : normaux.

Reflexes superficiels et profonds affaiblis.

Pas de signe de Moro.

Pas de signe de Kernig ni de Brudzinski.

Nuque et dos souples.

Pas de signes meningés

Flaccidité des membres superieurs.

L'enfant reste apyrétique pendant l'Hospitalisation.

La tétée est lente, la déglutition normale.

Le 18ème de la maladie :

Poids 4 Kgs.

Paralysie des bras.

Atteintes disséminées des membres inférieurs.

L'enfant est transféré dans un autre service pour rééducation.

Observation N°VI

(Premier cas d'Abramson-Greenberg)

Accouchement normal à terme, le 10 aout 1949 d'une fille de 3 856 g.

La Mère âgée de 26 ans, tombe malade 2 jours après l'accouchement :

- Paralysie du membre inférieur droit.
- Paralysie distale du membre inférieur gauche.
- Dans le liquide céphalo-rachidien : 400 lymphocytes.

Le 20 Août, 10 jours après l'accouchement, 8 jours après le début de la maladie maternelle, l'Enfant est agitée, pâle et on note une hypotonie des membres supérieurs.

- La T° est à 36°5.
- P.L. : 150 éléments dont 70 % de globules rouges et 30 % de lymphocytes.

L'aggravation de l'état est rapide, et l'enfant meurt le lendemain.

Autopsie :

Macroscopiquement : Congestion vasculaire meningée. Oedême modéré.

Histologie :

Moelle épinière : Atteinte des cornes antérieures de la

Moelle cervicale, moindre aux niveaux inférieurs.

Infiltration de polynucléaires neutrophiles en foyers ou diffus.

Chromatolyse, Pycnose des cellules ganglionnaires.

Pas d'hémorragies.

Pas de prolifération de la Nevroglie.

Observation N° VII

(Deuxième cas de JL Baskin)

Le 10 novembre 1949, naissance d'un garçon normal après un travail et une expulsion "sans histoire".

Le 12 Novembre :

Poliomyelite maternelle.

L'enfant est bien portant.

Le 15 Novembre :

L'enfant va bien.

Une ponction lombaire systématique montre :

- Lymphocytes : 5
- Leucocytes : 1
- Albumine : 40 mg.
- Glucose : 45 mg.

Tout est normal jusqu'au 18 Novembre.

Le 18 Novembre :

- Fièvre, agitation.

Le 19 Novembre :

- Respiration accélérée.
- Hypotonie des extrémités.

Le 21 Novembre :

- Quadriplégie.
- Troubles de la respiration et de la déglutition.

Ponction lombaire :

- Lymphocytes : 32
- Polynucléaires: 12
- Albumine : 120 mg.
- Glucose : 53

Le 24 Novembre :

Mort de l'enfant.

Autopsie :

Atteinte du myocarde et de l'encéphale.

Observation N° VIII

(Cas de Biermann Piszczek)

Une 3ème Pare, 3ème Geste est admise pour accoucher.

T° à l'entrée 36°7

23/10/1943 :

1h. 25 : Dilatation à 4 cm.

2h. 30 : 0,10 g de Pentothal.

5h. 19 : Accouchement normal à terme.

Placenta normal

Déchirure périnéale.

Depuis la veille, la malade se plaint de Rachialgies.

16h. : T° 38°2

24/10/43

Rachialgies, douleurs de la nuque.

T° entre 38°2 et 39°7

L.L. : 65 cellules dont 64 lymphocytes.

Le soir, paralysie du membre inférieur droit.

25/10/43

T° entre 38° et 39°.

Paralysie des membres inférieurs et du membre supérieur droit.

Dyspnée - Cyanose.

26/10/43

T° entre 38°2 et 39°.

Quadriplégie.

Trouble de la déglutition.

Graves troubles respiratoires : Oxygène

Respirateur.

27/10/43

T° oscille entre 39°2 et 40° 2

Aggravation progressive, délire.

Le même soir décès.

ENFANT

L'enfant a été en contact 10' minutes avec sa mère le 23/10/1943, le jour de la naissance. Puis mis dans un lit à côté d'elle ; C'est le seul contact qu'il ait eu.

Il va bien.

Le 2 Novembre (11ème jour)

Agitation. Cri rare. Cyanose passagère.

Gorge un peu rouge.

T° : 37°5

Le 3 novembre :

Même état.

Le 4 Novembre (13ème jour) :

Paralysie des membres inférieurs.

P.L. : 45 lymphocytes.

12 polynucléaires.

Le 5 Novembre :

Atteinte des membres supérieurs.

Le 7 Novembre (16ème jour) :

Début de la regression.

Le 20 Novembre :

Développement physique et mental normal.

Mais graves séquelles :

- Au niveau du membre inferieur droit.
- " " des muscles de l'abdomen.

Fréquence de la Poliomyelite - Maladie simultanée Chez la Mère et l'enfant au cours du Post partum.

Sa fréquence est difficilement appréciable avec certitude. L'affection simultanée est certainement très rare, si, du moins, on s'en tient aux cas publiés et si l'on écarte de ce cadre ceux dont les signes cliniques d'invasion ont précédé, même de peu, l'accouchement.

En 18 ans (1943 - 1961) nous en avons réuni huit cas.

- Trois dont nous publions les observations.
- Cinq tirés de la littérature :
  - Biermann-Piszczek
  - Frøvig
  - Mouton-Smillie
  - Baskin
  - Abramson-Greenberg

Nous reproduisons ici les statistiques de l'Institut National d'Hygiène (14) et de INSEE, pour l'année 1959 où nous réunissons deux cas chez la mère et l'enfant.

Nbre Naissances	Nbre Total	Poliomyelite Nbre Femmes	Grossesse + post partum	Post partum
825 600	2 562	118	11	2

Ce tableau appelle des corrections.

Le chiffre de 825 600 ne concerne pas le nombre d'accouchements, mais celui des naissances d'enfants vivants

Toutefois, en tenant compte des accouchements gémellaires et des accouchements d'enfants morts, dont les taux, stables, s'équilibrent, on peut considérer que ce chiffre represente, à peu près, le nombre d'accouchements. Deux difficultés plus graves restent à étudier.

La première vient de ce que les groupes d'âge des 11 femmes ne sont pas précisés. Il faut alors tenir compte du nombre de femmes en âge de procréer, atteintes de poliomyelite, c'est-à-dire entre 15 et 40 ans.

La deuxième tient à ce que ce chiffre de 11 représente le nombre de cas additionnés pour les années 1959-1960. C'est donc sur les chiffres totaux d'accouchements et de poliomyelite de ces deux années qu'il faudra faire porter la statistique.

Il y aurait donc un cas sur 821 000 où la poliomyelite surviendrait chez la mère et l'enfant dans le post partum.

Ce chiffre n'est donné qu'à titre indicatif car il porte sur un trop court laps de temps, et sur un trop petit nombre de cas. Cependant, par lui-même, il montre déjà la grande rareté de la poliomyelite de la mère et de l'enfant dans les suites de couches.

Bien qu'ils ne soient pas comparables aux nôtres

Age	1959	1960
15-19	65	35
20-24	49	37
25-29	69	40
30-34	43	22
35-40	18	8
TOTAL	244	142

Année	Nbre Naissances	Poliomyelite Nbre Total	Nbre Femmes	Grossesse Post Partum	Post Partum
1959	825 600	2 566	244		
1960	816 296	1 662	142	11	2
TOTAL	1 641 896	4 228	386		

parce qu'ils portent sur trois ans et ne concernent que la ville de NEW-YORK, de 1949 à 1952, nous citerons citerons les chiffres que donnent ABRAMSON-GREENBERG.

Sur 639 018 accouchées, 70 font une poliomyelite juste avant ou après l'accouchement. Il y a parmi elles, un seul cas de poliomyelite simultanée chez la mère et l'enfant dans le post partum : celui que nous utilisons dans notre thèse.

CONCLUSION :

La poliomyelite du post partum, simultanée chez la mère et l'enfant est très rare : 1/821 000.

Mais il semblerait qu'elle soit en fait beaucoup plus rare puisque en 18 ans, la littérature Française et Etrangère, nous n'en retrouvons que huit cas indiscutables.

Rôle de la Parité et de l'âge de la Mère.

Cas	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Age	20	20	28	26	?	26	?	26
Parité	I	I	III	III	I			III
Geste	Ier	3	3	3				3

Il s'agit, d'après ce tableau, de Femmes jeunes dont l'âge est compris entre 20 et 30 ans, apparament majorité de cas situés entre 25 et 30 ans.

Sous ce rapport il n'y aurait pas de différence avec ce que de nombreux auteurs constatent dans la poliomyelite de la Grossesse (Hortsmann, P. Horn, Goulon-Rapin, Grossiord etc...)

Quant à la parité et à son rôle, il semble moins établi d'après le petit nombre de cas en notre possession, puisque nous trouvons autant de primipares que de multipares. Mais, une constatation s'impose : Les multipares sont aussi des femmes plus âgées. Il est difficile, sur une si brève série, de tirer des conclusions ayant de la valeur, et cela n'infirme ni ne confirme pour le post partum, ce que P. HORN et SIEGEL-GRUENBERG ont prouvé être en cause pendant la grossesse.

Rôle du Sexe de l'Enfant

Beaucoup d'auteurs remarquent la frequence d'enfants de sexe masculin quand la poliomyelite survient au cours de la grossesse (Albrecht, Anderson, Wouton, Ridge). Pouvons nous le vérifier dans la Poliomyelite du post partum ?

Les huit accouchements de notre série ont donné naissance à neuf enfants ;

- Cinq garçons.
- Trois filles.
- Un enfant dont le sexe n'est pas mentionné.

Soit, une légère prédominance masculine.

Mais, la brièveté de notre série, le plus grand nombre de garçons à la naissance, ne nous permettent aucune conclusion définitive quant à la plus grande fréquence de la maladie dans le post partum chez les mères ayant donné le jour à un enfant mâle.

Nous pouvons aussi nous poser la question de savoir si le facteur sexe de l'enfant ne joue pas un rôle dans la précocité d'éclosion de la maladie maternelle.

Les dates d'apparition de la maladie sont très variables quand l'enfant est un garçon. Elles paraissent plus fixes quand il s'agit d'une fille. Mais peut on en tirer des conclusions ? Paradoxalement, dans quatre cas sur sept, c'est le 2ème jour que la maladie survient et

avec une égale fréquence dans les deux sexes. Ceci indiquerait l'existence d'un autre facteur en jeu dans la date d'apparition de la maladie. Mais il reste trois cas, avec enfants mâles, où les dates sont extrêmes, et qui ne permettent pas d'éliminer le rôle du sexe de l'enfant.

Cas	Sexe	Début Poliomyelite	Cas	Sexe	Début Poliomyelite
1	M	9ème jour			
2	M	Quelques heures	4	F.F.	2ème jour
3	M	2ème jour	6	F.	2ème jour
7	M	2ème jour			
8	M	Quelques heures			

Enfin, l'accouchement gémellaire - dans notre cas du moins - ne parait pas modifier la résistance maternelle à la poliomyelite, non plus que le syndrôme toxémique discret surajouté.

CONCLUSION :

Le rôle du sexe de l'enfant, de la gemellité, semble réduit dans le post partum en ce qui concerne la fréquence et la précocité de la maladie chez la mère.

Rôle des modifications de l'équilibre hormonal

D'après CELKON - ERLICH (17) et NAPP (41) l'élimination des hormones le jour de l'accouchement et dans le post partum se passe ainsi :

- En cinq jours, les taux des oestrogènes et du prégnandiol reviennent au niveau normal sans que la chute soit régulière. L'oestriol est le premier à s'effondrer.
- L'excretion comparée du prégnandiol et des 17 cétostéroïdes montre que le taux de ces derniers, pas spécialement élevé le jour de l'accouchement, augmente de 50 % le 1er jour du post partum, quelque soit le sexe du foetus

Les Auteurs n'ont pas étudié les rapports entre excretion hormonale et secretion lactée.

En se réferant à ces données et aux dates de début de l'invasion, peut-on se faire une opinion sur le rôle des modifications de l'équilibre hormonal dans l'apparition et la gravité de la poliomyelite ?

Signalons d'abord que, pour P. HOUN (25) la poliomyelite apparait chez la mère entre le 3ème et 5ème jour après l'accouchement.

Qu'en est-il dans notre série ?

Cas	Début Polio par rapport à l'accouchement	Cas	Début polio par rapport à l'accouchement
1	9ème jour	5	3ème jour
2	Quelques heures	6	2ème jour
3	2ème jour	7	2ème jour
4	2ème jour	8	Quelques heures

A part le premier cas où elle est tardive, la poliomyelite est nettement plus précoce que dans la série de P. HORN, puisque dans deux cas elle se déclare dans les heures qui suivent l'accouchement et que dans les cinq autres elle survient au 2ème - 3ème jour.

D'autre part, dans les deux cas les plus précoces nous pouvons admettre le rôle de la chute des hormones placentaires, et dans cinq autres cas le rôle, soit de l'augmentation du taux des 17 cétostéroïdes, soit de la montée laiteuse. Par contre, pour le cas N°1, où la maladie n'apparait qu'au 9ème jour, le rôle des hormones est discutable.

Enfin, il est intéressant de constater la bénignité de la poliomyelite survenue au 2ème jour de l'accouchement gémellaire, alors que, normalement, la chute du

taux des hormones y est la plus importante.

La mise en évidence du rôle des modifications hormonales n'est pas facile. On ne peut l'éliminer absolument car il est certain expérimentalement, et cliniquement, chez la femme enceinte. Pourtant, si on oppose ces sept cas au nombre d'accouchements où les mêmes conditions hormonales sont réunies sans que la poliomyelite apparaisse on se prend à douter de leur rôle.

Ainsi, on serait conduit à penser soit que les modifications n'interviennent pas dans le post partum, soit qu'il y aurait des conditions hormonales particulières quand la maladie survient. Ceci nécessiterait des études systématiques qui n'ont encore jamais été entreprises, et qu'il n'est pas facile de faire, car il faudrait prevoir l'apparition de la maladie.

Rôle du Travail et des manoeuvres obstétricales en tant que facteurs favorisants ou aggravants

Nous possédons trois cas avec relation détaillée de l'accouchement, deux cas avec renseignements incomplets mais utilisables et trois cas non exploitables.

Dans le cas N° 1, où la durée du travail - expulsion comprise est de 11 heures, la maladie, à évolution spinale, n'apparait qu'au 9ème jour.

Dans le cas N° 4, qui concerne un accouchement gémellaire trainant (15h.50), avec trois injections de spartéine à 0,20 g, une manoeuvre de Mauriceau - facile à vrai dire - sur le deuxième jumeau, la maladie apparait au deuxième jour et revêt l'aspect banal d'une rhino-pharyngite.

Par contre, dans le cas 2,3,8, où le travail est le plus court, la maladie est plus précoce et plus grave : Deux fois, les premiers symptômes apparaissent quelques heures après l'accouchement. L'un d'eux comporte une atteinte spinale et une paralysie du VII, l'autre une atteinte bulbospinale qui entraine la mort. Une fois, la maladie à forme spinale pure, débute au 2ème jour.

Ces résultats paradoxaux vont à l'encontre de l'opinion généralement admise que la fatigue, les interventions, favorisent l'éclosion de la maladie.

Cas N°	DILATATION Durée	DILATATION Traitement	EXPULSION Durée	EXPULSION Traitement	Date début Polio	Extension Maladie	Décès
1	10h 30	9 cm Rupture artificielle membranes	30'	Spartéine 0,20g	9j	Spinale	0
2	4 h	spasmalgine + 2u. P.H. 1/2 h avant complète	20'	Episiotomie	quelques heures	Spinale + VII	0
3	3h 30				2j	Spinale	0
4	15h 30	Spartéine 0,20g X 3 6cm : rupt.Artif.membr.	20'	Mauriceau 2ème Jumeau	2j	Rhino-pharyngite	0
5	Simple				3j	?	0
6	?				2j	Spinale	0
7	Simple				2j	"PAA"	0
8	4h, de 4cm à la fin de l'expulsion		sous Anesth.		qques heures	Bulbo-spin.	0

La brièveté de notre série peut en diminuer la force d'évidence, mais la discordance est tout de même intéressante et oblige à chercher ailleurs l'explication de cette anomalie.

Nous conclurons donc provisoirement qu'il n'y a pas de rapports entre la durée du travail, les manoeuvres et l'apparition ou l'extension de la maladie.

Rôle de l'Allaitement

Nous n'envisagerons pas ici le rôle de l'allaitement sous l'angle hormonal, déjà vu, mais dans son retentissemnt avec ses conséquences, sur le terrain maternel.

Dans tous les cas que nous rapportons, l'apparition des paralysies chez la mère ou (cas n°4), la mort des enfants, ont imposé l'arrêt d'allaitement. Il a donc couvert toute la phase préparalytique de la maladie - quand il y a eu paralysie maternelle - et il n'a jamais dépassé six jours.

Cas	Durée d'allaitement	Début Polio par rapport Allaitement	Début Polio par rapport Accouchement	Durée Invasion	Extension Polio
1	6 jours	Pendant	9 jours	3 jours	Spinale
2	5 jours	Avant	qq. heures	5 jours	Spin + VII
4	6 jours	Début	2 jours	Pas de Paralysie	Rhino-pharyngite
5	5 jours	Début	3 jours	?	?
8	Pas	Avant	qq. heures	2 jours	Bulbo-spin

Nous ne possédons que cinq cas sur huit avec ces précisions sur l'allaitement, et l'un d'eux sans renseignement sur la maladie maternelle.

Dans un cas (n° 2) l'allaitement est hors de cause puisque la maladie se déclare deux jours avant la montée laiteuse.

Dans deux cas (4 et 5) elle apparait au début de l'allaitement.

Dans un seul cas (n°1) elle se declare au cours de celui-ci.

Il n'y a donc pas de rapport entre le fait d'allaiter et le début de la maladie.

Il ne semble pas plus y en avoir entre la durée de la phase préparalytique et lui, puisqu'elle dure à peu près autant (3 j., 5 j., 2 j.,) dans les cas où il existe, que dans celui où il n'y en a pas, et même, elle est absente (n°4) dans un cas bénin.

Enfin, la gravité de la maladie ne parait pas non plus être liee à l'allaitement, puisque dans le cas n°8, la maladie revêt un aspect aigu bulbo-spinal mortel, en son absence. Inversement, dans le cas n°4 où il est le plus long et le plus important puisqu'il y a deux jumelles, la poliomyelite se présente comme une rhino-pharyngite.

Enfin, dans les cas 1 et 2, il s'agit d'une poliomyelite spinale avec en plus atteinte du facial (cas n°2).

EN CONCLUSION :

Le fait d'allaiter ne parait pas entrainer de conséquences sur l'état général de la mère. L'allaitement ne modifie pas l'allure de la maladie, et son interruption n'est justifiée que par la nécessité d'isoler l'enfant.

Aspects de la Poliomyelite Maternelle

Tous nos cas, sauf un, surviennent en période estivo-automnale, avec majorité (3,5,8) en octobre, les autres se repartissent d'Août à Décembre. La seule exception est celle du cas n°2, qui se déclare en Mars. Mais il s'agit d'une malade ayant contracté la poliomyelite au Niger, où elle est la plus fréquente à cette date.

Nous n'avons aucun renseignement sur le mode de contage ni sur la durée d'incubation de la maladie. Dans un seul cas (n°6) nous avons la notion d'une épidémie familiale, l'accouchée ayant été la première atteinte.

L'incubation est toujours silencieuse, du moins en apparence.

La phase preparalytique revêt dans 4 cas, l'aspect habituel pseudo-grappal douloureux, dans un cas elle se réduit à une rhinopharyngite d'aspect ordinaire qui résume toute la maladie, dans un cas elle est absente car les paralysies inaugurent la maladie. Dans deux cas nous ne possédons aucun renseignement. La durée de cette phase reste dans les délais habituels : 2 à 5 jours.

L'extension des paralysies par contre, est importante. Elle a été bulbo-spinale dans un cas (n°8) le seul mortel, et (n°2) spinale haute ; triceps, deltoïde, avec en plus, atteinte faciale et pharyngo-laryngée.

Dans ces deux cas, la maladie avait débuté dans les heures qui ont suivi l'accouchement et la phase pré-paralytique avait duré 2 jours dans la forme bulbo spinale et 5 jours chez la deuxième malade où l'évolution était rapidement favorable : Les troubles pharyngolaryngés et faciaux regressaient en un jour ou deux. Seules persistaient quelques sequelles au niveau du membre supérieur gauche. Au total, la maladie avait duré 11 jours du début à la chute de la température.

Dans trois autres cas (1, 3, 6) il s'agissait de formes spinales pures avec atteintes multiples.

Paralysies étendues d'un membre inférieur, partielles de l'autre, et atteinte des muscles dorso-lombaires (n°1), qui laisseront des sequelles importantes sur le membre le plus atteint, et au niveau des muscles du dos. Il s'agit donc d'une forme assez étendue. La maladie avait débuté 9 jours après l'accouchement.

Paralysie complète (cas 3) qui laisse de lourdes séquelles aux niveaux des deux membres atteints.

Paralysie partielle (cas 6) des deux membres inférieurs dont l'évolution n'est pas connue.

Dans un cas seulement il n'y a eu aucune paralysie, dans deux cas nous ne possédons aucun renseignement.

Au total, sur huit cas de poliomyélite du au post partum :

- Un seul cas a été mortel en trois jours, par

troubles respiratoires d'origine bulbaire.

- Deux ont comporté de lourdes séquelles fonctionnelles.
- Un cas dont l'évolution menaçait d'être grave en raison de l'atteinte des nerfs crâniens a évolué favorablement.
- Un cas n'a présenté aucune paralysie.
- Dans trois cas, l'évolution est inconnue mais n'a pas mis en jeu le pronostic vital.

Du point de vue fonctionnel, on remarque aussi la diversité des atteintes motrices qui en aucun cas n'ont été isolées.

Comment le diagnostic de la maladie s'est-il posé ?

Avouons le : en aucun cas on n'a pensé à la poliomyélite avant l'apparition des paralysies.

Ainsi, (cas n°1) on a d'abord administré du gynergène à la malade devant la discrète poussée thermique à 37°9 du 5ème jour.

Dans le cas n°2, survenue en milieu Africain, la poussée fébrile du premier jour a été mise sur le compte d'un paludisme malgré une prophylaxie sérieuse et l'absence d'hématozoaires. Il est vrai qu'il existait une anémie notable : 2 250 000 globules rouges.

Les troubles neurologiques (parésie du facial) du 4ème jour ont fait penser à une embolie précoce d'ori-

Cas N°	Date début Polio après Accouchement	Durée phase invasion	Mode de début	Extension des Paralysies	Séquelles	Mortalité
1	9ème jour	3 jours	S.Grippal	M.I.D.+++ - M.I.G.+. Muscles dorso lomb.++	M.I.D.Muscles Dorso lomb.	0
2	Qques heures	5 jours	S.Grippal	M.S.G. VII Tr.Déglut.Tr.Laryngés	M.S.G.partiel Récup.rapide	0
3	2ème jour	4 jours	S.Grippal	Paraplégie	+++	0
4	2ème jour	Néant	Rhino-pharyn -gite	Néant	Néant	0
5	3ème jour	?	?	?	?	0
6	2ème jour	Absente	Paralysies	M.I.G.-M.I.D.partiel.	?	0
7	2ème jour	?	?	?	?	0
8	Qques heures	2 jours	S.Grippal	Bulbo-spinales		+

-gine pelvienne, malgré l'involution normale de l'utérus, et la fièvre, à une infection urinaire.

Enfin, le 8ème jour, on discute encore entre :

- Embolie
- Poliomyelite
- Rickettsiose

Dans le cas n°4, la rhino-pharyngite maternelle sera traitée par instillations nasales et penicilline pendant sept jours, et sera rattachée à son origine non pas après la mort de la première jumelle, mais quand la seconde jumelle sera déjà très gravement atteinte. Il aura donc fallu trois maladies consécutives pour qu'on pense, sur la filiation, à une affection contagieuse virale.

Pratiquement, au total, les causes habituelles des poussées thermiques du post partum éliminées :

- Montée laiteuse et affection du sein.
- Endométrite
- Pyelonéphrite
- Phlébite

et par exception, certaines maladies rares ou exotiques écartées, devant tout syndrôme d'aspect grippal et douloureux, toute rhino-pharyngite, il faudra penser à la poliomyelite et chercher à en faire la preuve sérologique et virologique.

Il reste, toutefois, que le diagnostic en est difficile et bien souvent les paralysies surviendront

avant que le diagnostic en ait été porté.

Quant aux suites de couches : En aucun cas elles n'ont été pertubées par la maladie.

EN CONCLUSION :

La poliomyélite des suites de couches ne présente guère d'aspects particuliers sinon que :

- Le pronostic vital paraît moins en jeu que le pronostic fonctionnel car les paralysies touchent souvent plusieurs membres.
- Le diagnostic positif est difficile à faire en phase préparalytique en raison des nombreuses autres affections fréquentes dans le post partum.

Elle restera donc souvent une surprise.

La Poliomyelite du Nouveau-né dont la Mère fait la maladie au cours du post partum

Fréquence

En raison de la grande rareté de cette affection simultanément chez la mère et l'enfant, dans le post partum, il ne nous est guère possible de chiffrer sa fréquence réelle par rapport au nombre d'enfants atteints au cours du premier mois de la vie.

La statistique d'ABRAMSON - GREENBERG (1) ne semble pas devoir être utilisable ici, car leur chiffre de 0,1 % concerne la totalité des cas survenus le premier mois, sur une période de 4 ans pour la seule ville de NEW-YORK.

Toutefois, on peut se figurer l'extrême rareté de cette occurence, puisque notre étude ne porte que sur une fraction de ce pourcentage.

Rôle du terme, de la durée du travail, du poids et de l'état de l'enfant à la naissance dans l'apparition de la maladie

Cas	Terme	Travail		Manoeuvres Traitement à l'accouch	Poids de naissance	Etat à la naissance
		Dilatation	Expulsion			
2	9m 7j	4 h	20mn	½ u. Hypoph: ½ spasmalg 30' avant complète	3 030g	Cri +++
3	9mois	3 h	30mn	?	3 300g	Cri +++
4	8m1/4	15h. 30	10mn	Tête	2 900	Cri +++
4 bis				Siège : Mauriceau	2 970g	Cri +++
5	9mois	"Simple"		?	3 300g	Normal
6	9mois	?	?	?	3 856g	?
7	9mois	"Simple"		?	?	Normal
8	9mois	4h. de 4cm à la fin d'expulsion		sous anest légère	3 620g	Normal

Il ressort de ce tableau que, la grossesse gémellaire exceptée, toutes les autres grossesses sont allées à terme et une seule fois, il a été dépassé de 7 jours ce qui est ni rare ni excessif. Quant à l'accouchement

prématuré survenu dans la gémellaire, il a lieu à un stade avancé, puisqu'à 8 mois 1/2. Il ne s'agit donc pas de grands prématués comme le confirme le poids des enfants, voisin de 3 kgs et leur comportement. Le terme ne peut donc être en cause, du moins, dans cette série.

Peut-on incriminer le travail ?

Dans les quatre cas détaillés concernant une primipare et trois tertipares, les dilatations ont été rapides ou normales : 4h, 3h, 4h, de quatre centimètres à la fin de l'expulsion pour l'une d'elle. Seule la grossesse gémellaire a eu un travail trainant (15h 30) ; Son d début est d'ailleurs difficile à préciser. Mais, en tout état de cause il n'a pas excédé le maximum tolérable. Dans deux cas moins détaillés, nous savons seulement que le travail a été "simple" et dans un cas nous ne possédons pas de renseignement.

Quant à l'expulsion, elle n'a posé aucun problème : trente minutes, vingt minutes, trente minutes, et dans la gémellaire : 10' pour le 1er jumeau, 7' pour le second, né en siège, avec intervalle de 3' entre les deux. Une seule manoeuvre a été nécessaire et facile : Celle de Mauriceau sur la tête du 2ème jumeau. Dans tous les autres cas, on s'est borné à renforcer les contractions avec spartéine ou post hypophyse, ou à pratiquer, comme dans le cas n°8 une injection de Pentothal (0,10g) deux heures

avant la fin de l'expulsion. Cette injection, à moins d'avoir été renouvelée, ce qui n'est pas signalé, ferait plus partie des traitements calmants et antispasmodiques au cours du travail, que des anesthésies.

Nous pouvons donc conclure à l'absence de tout traumatisme obstétrical, que confirme le comportement des enfants à la naissance, jumeaux compris. Tous crient aussitôt ou sont "normaux" dans 6 cas sur 7 (un cas n'est pas utilisable, Aucune réanimation majeure n'est signalée et la désobstruction a été pratiquée par "système" quand elle a eu lieu.

Quant au poids de naissance, il est normal chez tous les enfants. Le plus faible est de 2 900g. chez le premier jumeau, né à 8 1/4 mois, et le plus fort de 3 856g.

EN CONCLUSION :

Aucun des enfants qui ont fait la poliomyelite après leur mère, ne présentait de facteurs prédisposant à la maladie, traumatisme obstétrical ou prématurité, en particulier.

Caractères de la Poliomyelite de ce Nouveau-né

Les problèmes de la transmission et de l'incubation seront traités au chapitre épidémiologique.

Quant au début de la maladie, il se situe entre 3 jours, au plus tôt, et dix jours, au plus tard, après la naissance. Il faudra donc le redouter chez l'enfant pendant toute la durée du post partum immédiat si la mère est atteinte.

Par rapport à la maladie maternelle, le plus souvent elle apparait entre le 5ème et 8ème jour, avec un maximum au 7ème jour (3cas sur 8). Quand la mère tombe malade aussitôt après l'accouchement, les deux datent coïncident.

- Ainsi dans le cas 2 : 3 jours 3 jours.

cas 8 : 10 jours 10 jours.

Mais nous ne pouvons expliquer leur caractère extrême - très précoce ou très tardif - dans des cas presque identiques. De même, en ce qui concerne les jumelles (4 et 4 bis), très probablement, mais non certainement heterozygotes (38) puisqu'il s'agit d'une grossesse gémellaire bichoriale-biamniotique avec placenta unique, sans anastomoses vasculaires, rien, à priori, n'explique le début à deux jours de différence entre la première jumelle et sa soeur. Nous nous bornerons à rappeler, sans faire de rapport, que la première née est aussi la première atteinte.

De toute façon, nous sommes pleinement d'accord avec P. HOM (25) et SIEGEL-GREENBERG (56) qui situent le début de la maladie de l'enfant entre 6 et 10 jours après la naissance, que la maladie ait commencé, chez la mère, avant ou après l'accouchement.

Les signes de la phase préparalytique n'ont rien de caractéristique en général.

On relève dans nos 8 cas, avec une fréquence presque égale ;

- Troubles thermiques :
  - 2 hyperthermies.
  - 2 hypothermies.
- Hypotonie : 4 fois.
- Cyanose : 4 fois.
- Modification du cri : 3 fois (faible et plaintif ou rare).
- Angine : 1 fois
- Syndrôme méningé clinique : 1 fois.

Ces signes s'associent de façon simultanée ou successive :

Une fièvre inexpliquée au 3ème jour, est le premier signe suivie des modifications du cri et d'une cyanose.

- Cas n°3 : cri plaintif et "difficulté à boire" résument la phase préparalytique.
- Cas n°4 : L'hypotonie précède de 2 jours la

Cas	Début polio après Nais-sance	Début Polio Mère	Modes de début	Durée Invasion	Extension et Forme de la Polio	Décès
2	5j	3j	Fièvre, puis cri diminué et cyanose	6j	Bulbo-spinale quadriplégie tr.Déglutition Respiratoires Périphériques	+
3	9j	7j	Cri plaintif Difficulté à boire	2j	Bulbo-spinale	+
4	7j	5j	Hypotonie, cyanose-Apnée	Absence	PL:Méningite (600 éléments)	+
4bis	9j	7j	Cyanose hypotonie	Absence	Syndr. Méningé,hypotonie Tr.Digestif, Respiratoires	+
5	10j	7j	Fièvre Hypotonie Anorexie	2j	Spinale 2 MS disséminie MI Hyptonie globale	Non
6	10j	8j	Pâleur agitation Hypothermie hypotonie M	1j	?	+
7	8j	6j	Fièvre agitation	2j	Bulbo-spinale Quadriplégie Tr.Resp.Déglut	+
8	10j	10j	Agitation cri rare Cyanose angine	2j	Spinale MID.MIG.MSD.Abdominaux	Non

crise de "cyanose-apnée" et oedème aigu du poumon, alors que la deuxième jumelle inaugure la maladie par une crise de cyanose, suivie secondairement par l'hypotonie et le syndrôme méning .

Dans ces deux cas, on ne peut d'ailleurs parler de phase préparalytique car, la maladie revêt l'aspect d'une méningo- encéphalite ?

- Cas n°5 : Fièvre, hypotonie et anorexie apparaissant simultanément.
- Cas n°6 : Pâleur, agitation, hypothermie, hypotonie localisée aux membres supérieurs.
- Cas n°7 : Fièvre et agitation.
- Cas n°8 : Agitation, cyanose, cri rare et angine.

Ainsi que le constatent de nombreux auteurs cités dans la thèse de Madame SOULIE (57), ce sont des signes communs aux infections aigues.

Cette phase dure deux jours dans quatre cas sur huit. Trois fois elle ne peut être considérée comme préparalytique en raison de l'évolution d'un seul tenant de la maladie. Une fois elle est longue : 6 jours.

L'évolution de la maladie chez ces enfants est de la plus haute gravité, tant pour le pronostic vital que fonctionnel : 6 morts sur 6.

- Trois formes bulbo-spinales.

- Deux méningo-encéphalites ?

- Une forme non précisée.

Des deux survivants, en raison de la multiplicité des atteintes musculaires, l'un présente un membre inférieur irrécupérable et des paralysies étendues des muscles abdominaux.

Pour l'autre, nous n'avons pas de renseignements Mais il présentait une atteinte disséminée des 2 membres supérieurs et inférieurs.

Dans le cas n°2, l'examen au 17ème jour de la maladie, une semaine avant la mort, montre des lésions étendues et graves dont la régression n'aurait pu être que très incomplète.

Le sexe des enfants n'intervient pas dans le pronostic :

Trois garçons et trois filles sont morts. Ont survécu deux garçons. En règle, l'évolution est très rapide : 1 jour, pour la plus courte et 23 pour la plus longue. En général elle se fait entre 4 et 6 jours, du moins dans les cas mortels, car nous ne possédons aucun renseignements sur les survivants.

Il ne paraît pas y avoir de rapport obligatoire entre la durée de la phase préparalythique et le pronostic de la maladie.

Certes, dans les deux extrêmes de 1 jour et 6 jours, l'évolution est en rapport, puisque le premier meurt

le lendemain et l'autre 23 jours après le début.

Mais on remarquera que l'enfant mort tardivement décède de complications pulmonaires survenues au 17ème jour de la maladie, en pleine récupération, et non de la poliomyelite comme tous les autres. Par contre quand cette phase dure 2 jours, il y a autant de décés que de guérisons ; deux et deux.

Quelle est la cause dans les 6 cas mortels ?

- Deux fois nous l'ignorons.
- Deux fois une crise d'apnée le provoque (les deux jumelles).
- Une fois des "troubles bulbaires".
- Une fois une broncho-pneumonie aigue.

Bien plus intéressante est la comparaison entre les signes cliniques, les examens complèmentaires et les constatations anatomiques et histologiques, dans les cas 3 et 4 bis.

Dans le cas n°3, la découverte d'une hémorragie de la base est une surprise que rien dans les signes cliniques ne permettait de soupçonner. La ponction lombaire, le 3ème jour, ramène bien un liquide xanthochromique. Mais il n'y a aucun élément, l'albumine est élevée ; 1,50g par litre, ainsi que le sucre : 1,46g/l, ce qui est plus en faveur d'une encéphalite. L'histologie montre d'ailleurs des lésions diffuses de la moelle, du bulbe, du noyau dentelé, du locus niger, et le virus est isolé de ces formations.

Dans le cas n°4 bis, où la maladie se résume en cyanose, hypotonie et syndrôme méningé, la ponction lombaire, le 1er jour, montre : L.C.R. claire, 190 éléments dont 60 % de lymphocytes. L'albumine est normale.

Par contre, il y a une congestion cérébrale qui évoque l'encéphalite.

Il est dommage, que les examens histologiques et virologiques du S.N.C. n'aient pas été pratiqués ainsi que chez la 1ère jumelle qui présentait à la première ponction lombaire, le 2ème jour, un liquide teinté avec 250 000 hématies abimées pour 5 000 globules blancs. La formule sanguine comparative, montrait une nette hyperleucocytose du liquide céphalo rachidien.

La deuxième ponction le même jour, ramenait un liquide clair, avec rares hématies, 600 éléments au mm3, avec polynucléaires intacts et cellules méningées, une albumine à 0,70 g.

Ces observations donnent à penser que les hémorragies cérébro méningées seraient assez fréquentes chez le nouveau-né au cours de la poliomyelite. L'anoxie ou le processus congestif lié à la maladie, ou les deux, en seraient la cause. SHELOKOV et WEINSTEIN (53) rapportent d'ailleurs un cas semblable chez un prématuré.

Enfin, en ce qui concerne les deux jumelles il semble bien que nous soyions en présence de formes méningo encéphalitiques, comme le montrent :

- L'évolution aigue sans paralysie.

- La ponction lombaire.

Les constatations nécropsiques.

Ce ci confirme ce que RUSSO (50) et MARIONI (36) constatent chez les jumeaux monozygotes surtout : ils font une maladie de même type et de même gravité.

RAINERO (47) constate que l'allaitement maternelle ne protège pas le nourrisson, mais ne le contamine pas, malgré la plus grande fréquence de la poliomyelite chez lui.

Nous avons quatre cas où l'allaitement a duré pendant toute la phase préparalytique de la mère :

- Cas n°2 : 5 jours.
- Cas n°4 et 4 bis : 6 jours.
- Cas n°5 : 5 jours.

Deux fois, la maladie a entrainé la mort. Une fois, elle n'entraine que des paralysies.

Mais, elle a été aussi grave dans les autres cas, et dans le cas n°1 où elle avait duré 6 jours, l'enfant est resté indemne.

Ce ne serait donc pas l'allaitement lui-même mais le contact contagieux de la mère qu'il faut incriminer.

Peut-on établir un rapport entre la gravité de la maladie maternelle et celle de l'enfant ?

Il ne semble pas. Sur sept mères qui ont la

poliomyelite avec leur enfant, une seule meurt (cas n°8) d'une forme suraigue. L'enfant ne fera que des paralysies. Mais 5 enfants sur 7 meurent de la poliomyelite et un autre d'une surinfection. Un seul survivra, paralysé.

CONCLUSION :

La poliomyelite du nouveau-né débute 3 à 10 jours après la naissance.

Par rapport à celle de la mère, elle se situe entre le 5ème et 8 ème jour, avec maximum de fréquence au 7ème jour.

La phase prépuralytique ne présente guère de signes permettant d'évoquer autre chose qu'une infection aigue. Elle dure deux jours en général.

L'évolution est extrèmement grave. Le pronostic vital est presque toujours mauvais. L'enfant meurt le plus souvent de la poliomyelite elle-même, en 4 à 6 jours, plus s'il s'agit d'une complication.

Chez les survivants, le pronostic fonctionnel est désastreux en règle.

Les hémorragies cérébro méningées semblent fréquentes, soit par anoxie, soit par processus congestif local, ou leur association sur un terrain fragile à cet égard. C'est la première fois qu'une telle association est mise en évidence, à notre connaissance.

Il en est de même pour la méningo-encéphalite, constatée deux fois dans cette série.

L'allaitement par une mère en phase préparalytique n'a pas d'influence sur le pronostic ou la fréquence de la poliomyélite chez l'enfant.

De même, il n'y a pas de rapport entre la gravité de la maladie maternelle et celle de l'enfant.

La maladie est identique chez les jumeaux même hétérozygotes.

EPIDEMIOLOGIE

Aucune des malades n'avait reçu le vaccin anti-poliomyelitique, aucune n'avait subi d'intervention récente, amygdelectomie en particulier.

Quand la mère a-t-elle été contaminée ?

- 9 jours après l'accouchement (cas n°1)
- Dans les heures qui suivent (cas n°2-8)
- 2 à 3 jours après lui dans tous les autres cas.

L'incubation, 7 fois sur 8, a eu lieu pendant la grossesse, mais nous ne savons rien sur sa durée possible. Une seule fois, on peut raisonnablement supposer qu'elle a débuté vers l'accouchement, si on prend la durée de dix jours comme base, car toutes les recherches virologiques par culture ou anticorps resteront négatives chez l'enfant de cette malade, alors qu'on isolait chez elle le type I, par coproculture et dosage des anti-corps.

.../...

Quand situer le contage de l'enfant ?

D'emblée, nous éliminerons des lésions grossières du placenta dans tous les cas où l'état en est mentionné.

Cas	1	2	3	4	4bis	5	6	7	8
Début mère post partum	9j	hres	2j	2j		3j	2j	2j	hres
Début enfant après naissance		3j	9j	7j	9j	10j	10j	8j	10j
Après mère		3j	7j	5j	7j	7j	8j	6j	10j

Avec une quasi certitude on peu avancer, une fois (cas n°2), qu'il se fait in utero :

- La mère tombe malade dans les heures qui suivent l'accouchement.

- L'enfant a les premiers signes au 3ème jour et on sait que l'incubation minima est de 4 jours. (D[illegible], [illegible]GBERG-[illegible] etc...)

Mais dans un cas comparable (cas n°8) où l'enfant ne reste que 10 minutes en contact immédiat avec sa mère, aussitôt après la naissance, la maladie ne se déclare qu'au 10ème jour. Infection par voie placentaire au cours du travail ? dans la filière genitale ? les deux hypothèses sont également vraisemblables. De toute façon, la longueur de l'incubation permet de penser que la dose

infectante de virus a été faible, car la mère developpe une forme mortelle en trois jours alors que le nouveau-né tombe malade tardivement, et survit.

Dans tous les autres cas, la question est compliquée par les occasions variées de contamination : présence dans la chambre, allaitement surtout, en particulier chez les jumelles, dont la mère fait une rhino-pharyngite.

Cependant, si on se base sur la succession 7 fois répetée :

- Incubation en fin de grossesse.
- Début de la maladie maternelle peu après l'accouchement.
- Maladie de l'enfant 3 à 10 jours après la naissance.

Il faut admettre une contamination précoce. Ces cas s'apparentent de près à ceux qui surviennent lorsque la mère fait une poliomyelite peu avant l'accouchement. (HAGBERG-HERRITS, BATES... etc)

Par contre, si la mère fait une maladie tardive au cours du post partum, l'enfant peut très bien rester indemne car le virus n'est pas encore excrété, ni présent dans le sang, au moment de l'accouchement.

Il faut donc conclure à une contamination par voie transplacentaire au cours du travail ou par l'absorption de virus lors de l'expulsion, chaque fois que l'enfant tombe malade dans les 10 jours des suites de couches.

Quel est le virus en cause ?

Dans tous les cas où il a été identifié, il s'agit du type I, chez la mère et l'enfant.

Chez la Mère :

On effectue la recherche trois fois dans les selles.

- Deux fois elle a été positive le 11ème jour
- Une fois négative le 9ème jour.

Dans ces deux cas, la fixation du complèment était positive, deux fois à des taux élevés. Une fois douteuse : 1/8 le 9ème jour, dans le même cas où la recherche du virus était négative dans les selles, mais l'examen n'a pas été renouvelé.

Quelle a été l'évolution des taux ?

Dans le 1er cas :

- 1/16 pour les 3 types au 9ème jour.
- 1/1280 pour le type I le 11ème jour.
- 1/640 " le 20ème jour.

Dans le cas 2 :

- Positif à 1/160 le 12ème jour.

Ainsi, par 2 fois, les taux n'ont pas présenté d'élèvation marquée au 9ème jour.

Chez l'enfant :

Dans le cas n°1, où il est indemne, toutes les recherches dans les selles, la gorge, ne peuvent mettre le virus en évidence, et deux recherches sérologiques

faites au 10 et 16ème jour de la maladie maternelle restent negatives : 1/8 pour les 3 types.

Dans trois cas, les recherches sont positives

- 1 fois dans les selles au 6ème jour de la maladie.
- 1 fois dans la gorge au 2ème jour de la maladie chez la deuxième jumelle (4bis).
- 1 fois dans le tronc cérébral et la moelle, 5 jours après le début de la maladie (cas 3)

Il semble donc que la preuve virologique soit plus difficile à établir chez la mère que chez l'enfant. Il faut insister sur la nécessité de pratiquer des examens répetés, sérologiques surtout, puisqu'on voit les taux s'élever progressivement.

CONCLUSION :

Quand la maladie survient au début du post partum chez la mère, l'incubation a toujours eu lieu pendant la grossesse.

La contamination de l'enfant ne reconnait probablement que deux origines : la voie transplacentaire et l'absorption du virus pendant l'accouchement.

Le virus est plus difficile à mettre en évidence chez la mère que chez l'enfant.

Il s'agit toujours du virus type I.

CONCLUSIONS

La poliomyelite simultanée de la mère et du nouveau-né dans les dix premiers jours des suites de couchez est une éventualité très rare : Elle semble se produire avec une fréquence de l'ordre de 1/821 000. Nous n'en relevons que huit cas en 17 ans.

A/ Chez la Mère. La maladie survient entre 20 et 30 ans avec une égale fréquence chez les primipares et les multipares.

Le sexe de l'enfant, la gémellité ne semblent jouer aucun rôle quant à la fréquence et à la précocité de la maladie maternelle.

Le rôle des modifications hormonales est difficile à mettre en évidence en l'absence d'études systématiques.

Il n'y aurait pas de rapports entre la durée du travail, les manoeuvres obstétricales et l'apparition ou l'extension de la maladie.

L'allaitement n'a pas de répercussion sur la maladie maternelle. Mais l'interruption est justifiée par la necessité d'isoler l'enfant.

La maladie débute le plus souvent le 2ème ou

3ème jour après l'accouchement.(cinq cas sur huit).

Son diagnostic positif est difficile, surtout en phase préparalytique. Elle restera souvent une surprise. Le pronostic vital est rarement en jeu.

Le pronostic fonctionnel est réservé en raison de la dissémination des lésions.

B/ Chez le Nouveau-né, l'atteinte du nouveau-né, dans ce cadre particulier, ne présente qu'une minime fraction des cas survenus au cours du premier mois de la vie.

Un seul enfant, sur huit cas, est resté indemne.

Aucun des enfants ne présentait de traumatisme ostétrical, d'hypotrophie, ni de grande prématurité qui auraient pu constituer des facteurs prédisposants.

La poliomyelite débute 3 à 10 jours après la naissance et le plus souvent 7 jours après le début de la maladie maternelle.

La phase préparalytique n'a rien de caractéristique.

La poliomyelite tue en général l'enfant en 4 à 6 jours. Parfois c'est une complication qui provoque la mort : le délai est beaucoup plus long.

Le pronostic fonctionnel est désastreux.

Les hémorragies cérébro méningées sont fréquentes, par anoxie et congestion vasculaire sur un terrain fragile. La méningo-encéphalite est relativement fréquente.

L'allaitement maternel n'a pas d'influence sur

le pronostic ou la fréquence de la poliomyelite chez l'enfant.

Il n'y a pas de rapport entre la gravité de la maladie maternelle et celle de l'enfant.

La maladie est identique chez les jumeaux, même hétérozygotes.

C/ Epidémiologie. Aucune mère malade n'avait été vaccinée. Aucune n'avait subi d'intervention récente, telle qu'amygdalectomie.

L'incubation se fait presque toujours en fin de grossesse.

L'enfant est contaminé par voie transplacentaire ou par voie bucco-pharyngée au moment de l'expulsion.

La preuve virale est plus difficile à établir chez la mère que chez l'enfant. Il faut, en particulier, répeter les examens sérologiques car ils peuvent ne pas être positifs au 9ème jour et le devenir ensuite.

Il s'agit toujours du type I.

D/ Enfin, nous insiterons sur quelques points qui nous paraissent importants :

- Toute fièvre inexpliquée chez l'accouchée et chez le nouveau-né, toute rhinopharyngite même banale, doivent faire pratiquer une recherche virale, et en particulier le virus poliomyélitique.

- Les hémorragies cérébro-méningées sont fréquentes chez le nouveau-né et grèvent lourdement le pronostic.

- La collaboration des Accoucheurs et des Pédiâtres est indispensable pour permettre l'étude approfondie de ces cas survenant à une période particulière.

Vu
Le Président de Thèse
Professeur F. LEPAGE

Vu
Le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROULT

Vu
et Permis d'imprimer
Le Recteur
De l'Académie de Paris
Jean ROCHE

8/ Bates T.
Poliomyelitis in pregnancy, fetus and new born.
Am. J. Dis. Child. 90 P. 189-195- 1955

9/ Biermann A .M. Piszczek E.A.
A case of poliomyelitis in a new born infant.
J.A.M.A. T. 124 P. 296 - 1944

10/ Bodian D.
Mechanism of infection
Spécial publication N.Y. Ac. of Sciences - 1957

11/ Bowers V.M. Danforth D.M.
The significance of poliomyelitis during pregnancy. An analysis of the littérature and presentation of twenty four cases.
Am. S. Obst. Gyn. T. 65 P. 34 - 1953

12/ Braitenberg H.
Die ubertragbare kinderlahmung in schwanger schaft und geburt.
Wien. Med. Wochen. T. 5 P. 87-92 - 1952

13/ Brown G.C. Carroll C.J.
Antibody response of pregnant women to polio-vaccine and passive transfert to infants.
J. Immunol T. 81 P. 389-395 - 1958

14/ Evolution de la poliomyelite en France, de 1954 à 1961. Comparaison avec quelques statistiques étrangères.
Bulletin de l'institut National d'hygiène : T. 18 P. 393-454
1963

... / ...

15/ Bürgin - Wolff A.
Über eine schwer verlaufende poliomyelitis während der gravidität und geburt eines klinisch gesunden kindes. (Mit Nachweis von viren und antikörpern bei der Mutter and aetiologischen untersuchungen beim kind.
An. Pediatrici (Bâle) T. 198 P. 158-160 - 1962

16/ Burgin - Wolff A. Just M.
Einfluss der poliomyelitis auf verlauf und ausgang der gravidität.
An. Pédiâtrici T. 199 p. 239-244 - 1962

17/ Cekon F. Erlich H.
Gelbkörperhormon und 17 ketosteroïdansscheidung wärhend der geburt und in der Nachgeburtsperiode.
Wien. Klin. Wschr. T. 70 P.629-631 - 1958

18/ Deparis M.
Etude sur l'Epidémiologie de la poliomyelite.
Paris Masson 1953

19/ Elliott G.B. Mc. Allister J.E.
Fetal poliomyelitis.
Am. J. Obst. Gyn. T. 72 P. 896-902 - 1956

20/ Faber H.K. Silverberg R.S.
Studies on entry and egress of poliomyelitis infection. Excretion of the virus during the presymptomatic period in parenterally inoculated monkeys.
J. Exp. Med. T. 92 P. 571-589 - 1950

21/ Fiser M. Kolarová J. Skorpil V.
Bratislavské lekárske listy. T. 36 P. 46-49 - 1956

22/ Frøvig A.
Poliomyelit has mor og nyfödt barn in en familie med multiple tillfelle.
Nord. Med. T.34 P. 1115 - 1947

———

23/ Goulon M. Lissac J. Rapin M.
Poliomyelite et grossesse.
Presse Médicale T. 68 P. 1577-1580 - 1960

———

24/ Hagberg B. Herlitz G.
Guillain - Barri syndrôme associated with poliomyelitis in new born.
Act. Ped. (Upsala) T. 42 P. 179-205 - 1953

———

25/ Horn P.
Poliomyelitis in pregnancy. Twenty years report from Los-Angeles county, Califormia.
Obst. and gyn. T. 6 P. 121-137 - 1955

———

26/ Horstmann D.M.
Viremia in poliomyelitis.
Bul. N.Y. Academ. Med. T. 29 P. 736-739 - 1953

———

27/ Hürny L.
Erkrankt dos kind bei graviditäts poliomyelitis ?
Schwiz. Med. Wschr. T.72 P. 1417- 1942

———

28/ Kaplan L.
Poliomyelitis and pregnancy
Case report of a birth in a respirator during the acute phase of poliomyelitis.
South. Afr. Med. J. T. 31 P. 278-281 - 1957

... / ...

29/ Knox A.W.
Infection and immunity in offspring of mice inoculated during gestation with murine polio virus.
Proc. Soc. Exp. Biol. T.74 P. 792-796 - 1950

30/ Krumbhaar D.
A case of poliomyelitis complicating pregnancy with death of mother and baby.
Am. J. Gyn. Obst. T. 67 P. 176 - 1954

31/ Levine S. Goldblum N. Friedmann E.
Virologie findings and antibody response of new borns fed multiple type oral poliomyelitis vaccine.
Amer. J. Hyg. T. 74 P. 95-103 - 1961

32/ Lycke E. Nilsson L.R.
Poliomyelitis in a new born due to intra-utérine infection.
Acta. Paed. (Upsala) T.51 P. 661-664 - 1962

33/ Mc. Cord W.J. Alcock A. Hildes J.A.
Poliomyelitis in pregnancy.
Am. J. Obst. Gyn. T. 69 P. 265-276 - 1955

34/ Mac Kay H. N. jr. Fodor A.R. Kokko U.P.
Viremia following the administration of live polio virus vaccines.Am. J. Pub. Health T.53 P. 274-285 _ 1963

35/ Mc Math
Poliomyelitis neo natorum.
Lancet T: 6865 P. 651 - 1955

... / ...

36/ Marioni R. Gionta G.
Poliomielite anteriore acuta in cinque coppie di gemelli.
Act. Genet. Med Gemel? T.9 P. 234-239- 1960

37/ Mayer M. Raimbault G.
Transmission de l'immunité spontanée anti-poliomyelitique de la mère à l'enfant : sa durée et son incidence sur l'immunisation vaccinale.
P.M. T. 71 P. 961-962 - 1963

38/ Merger R. Levy J. Melchior J.
Précis d'obstétrique
Paris Masson 1957 P. 199

39/ Moscovici C. Maisel J.
Intestinal viruses of new born and older prematures.
Am. J. Dis. Child. T. 101 P. 771-777 - 1961

40/ Mouton C.M. Smillie J.G. Bowers A.G.
Report of ten cases of poliomyelitis in infants under six months of age.
J. Ped. T. 36 P. 482 - 1950

41/ Napp J.H.
Oestrogen un pregnandiol ausscheidung in Wochenbett.
Geburtsh U. Frauenheilk. T.18 P. 604-608- 1958

42/ Pacreau B.
Poliomyelite et grossesse.
Thèse de médecine Bordeaux 1955

... / ...

43/ Pagani Guy M,
Contribution à l'étude de la poliomyelite néo-natale.
Rôle de l'infection intra utérine.
Thèse de médecine Paris, 1956 N° 529

44 / Perez-Moreno B.
Poliomielitis en el recent nacido
Act. Ped. Esp. T. 18 P. 79-88 - 1960

45/ Priddle H.D. Lenz W.R.
Poliomyelitis in pregnancy and puerperium
Am. J. Obst. Gyn. T. 63 P. 408-413 - 1952

46/ Pugh R. Dudgeon J.
Fatal néo natal poliomyelitis
Arch. Dis. in Childhood T. 29 P. 381-386 - 1954

47/ Rainero L.
La poliomielite nel primo anno di vita.
Min. Mipio. T. 11 P. 41-54 - 1961

48/ Read A.F.
Poliomyelitis in mother and child in Trieste
B.M.J. T.1 P. 1307.- 1954

49/ Rindge M.H.
Poliomyelitis in pregnancy : a report of 89 cases in Connecticut.
New Engl. J. Med. T. 256 P. 281-285 - 1957

50/ Russo A. Romani L.
Osservazione di poliomielite anteriore acuta in gemelli.
Aggiorn. Ped. T. 9 P. 359-365 - 1958

... / ...

51/ Sabin A.B. Richard A.M. et Col
Effect of oral polio virus vaccine in new born childrén.
Pediatrics T. 31 P. 623-640 - 1963

52/ Shabel F.M. Jr. Smith H.T.
Stool virus recovery in subclinical poliomyelitis during incubation, febrile and convalescent.
Inf. Dis. J. T.86 P. 214-218 - 1950

53/ Shelokov A. Weinstein L.
Poliomyelitis in early neo natal period. Report of a case of possible intra utérine infection.
J. Ped. T. 38 P. 80 - 1951

54/ Shelokov A. Habel K.
Subclinical poliomyelitis in new born infant due to intra utérine infection.
J.A.M.A. T. 160 P. 465-466 - 1956

55/ Siegel M. Greenberg M.
Incidence of poliomyelitis in pregnancy. Its relation to maternal age, parity and gestational period.
New. Engl. J. Med. T. 253 P. 841 - 1955

56/ Siegel M. Greenberg M.
Poliomyelitis in pregnancy : effect on fetus and new born infant.
J. Ped. T. 49 P. 280-288 - 1956

57/ Soulié Jacqueline
A propos de cinq observations de poliomyelite chez des nouveaux-nés.
Thèse Paris 1962 N° 166

58/ Steigman A.S. Lipton M.M.
Néo natal immunity. Poliocidal effect of human ammiotic fluid.
Proc. Soc. Exp. Biol. (N.Y.) T.99 P. 576-579 - 1958

59/ Thieffry S. Arthus M. Martin Ch.
Diagnostic de la poliomyelite du tout petit .
6ème symposium Européen - MUNICH 7-9 Septembre 1959 P.274-289

60/ Vonderweidt P. Vergnet P.
Poliomyelite mortelle chez un nourrisson de 17 jours.
Arch. Fran. Péd. T. 10 P. 757 - 1953

61/ Ward R. Horstmann A.M. Melnick J.L.
The isolation of poliomyelitis virus from Human extra neural sources. Search of virus in the blood of patients.
J. Clin. Invest. T. 25 P. 284-286 - 1946

62/ Warren R.J. Lepow M.L. Bartsch G.E.
The influence of breast milk on intestinal infection with Sabin Type I Poliovirus vaccine.
Am. J. Dis. Child. T. 102 P. 685-686 - 1961

63/ Weaver H.M. Steiner G.
Acute anterior poliomylitis during pregnancy.
Am. J. Obst. Gyn. T. 47 P. 495-505 - 1944

64/ Winsser I Pfaff M.L. Seanor H.E.
Poliomyelitis viremia in a new born infant.
Pediatries T. 20 P. 458 - 1957